

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 315

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Occlusion aiguë ou subaiguë
du Gros Intestin
PAR CHOLECYSTITE

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 7 Juillet 1931

PAR

Mohammed RIAHY

Né le 13 Avril 1900, à Tchaltchotore, Département d'Ispahan (Perse)



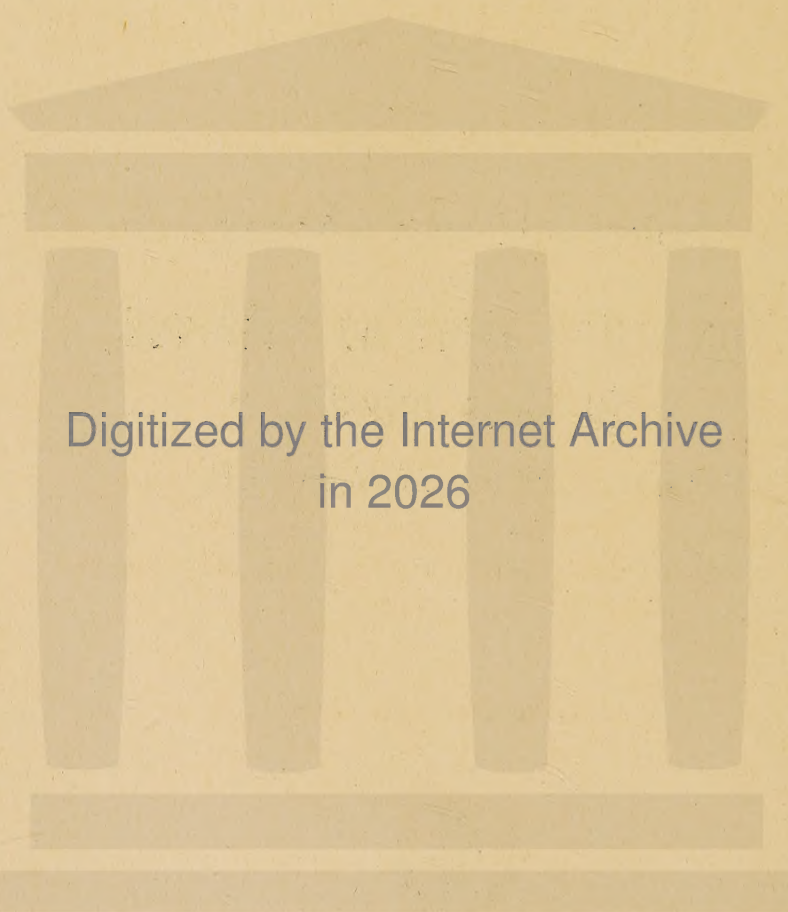
LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juillet 1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Occlusion aiguë ou subaiguë
du Gros Intestin
PAR CHOLÉCYSTITE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 315

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'Occlusion aiguë ou subaiguë
du Gros Intestin
PAR CHOLECYSTITE

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 7 Juillet 1931

PAR

Mohammed RIAHY

Né le 13 Avril 1900, à Tchalchotore, Département d'Ispahan (Perse)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juillet 1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAYIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.		VILLARD,
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		GAYET.
Chimie biologique et médicale.		NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		MOREL.
Anatomie		X.
Histologie.		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie externe		POLICARD.
Pathologie interne.		DOYON.
Pathologie et Thérapeutique générales.		VALLAS.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		MARTIN (Etienne).
Pharmacie et Pharmacologie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIÉRY.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	THEVENOT (Léon)
Puériculture et Hygiène de la première enfance	RHENTER,
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
RHENTER	DUFOURT	GATÉ	GUILLEMINET
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
CHALIER (André)	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU (Cb.)
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; BONNET, *Assesseur*.

MM. SANTY et POLLOSSON, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Dont le souvenir est toujours vivant
dans mon cœur.

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS ET MES AMIS

Je dédie ce premier travail en témoi-
gnage de ma reconnaissance et de ma
profonde affection.

A SA MAJESTÉ RERZA SHAH PAHLEVI
ET A SON ALTESSE LE PRINCE HÉRITIER

En très respectueux hommage.

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR GÉNÉRAL ATABAY
Directeur du Service de Santé de l'Armée Persane

A MONSIEUR LE COLONEL RIAZI
Attaché Militaire de Perse à Paris

A MES MAÎTRES PERSANS

Qui ont guidé mes premiers pas dans
ma carrière médicale.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Chirurgicale*

Nous avons eu l'honneur d'être son élève en qualité d'assistant étranger. Nous emportons le souvenir de sa grande bienveillance à notre égard. Nous avons suivi dans son service avec le plus grand intérêt ses leçons cliniques qui ont contribué largement à développer nos modestes connaissances chirurgicales.

Nous le prions de recevoir ici l'expression de notre gratitude pour avoir bien voulu présider notre thèse.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BONNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

Qu'ils veuillent bien recevoir ici
l'expression de ma sincère gratitude.

AU DOCTEUR CLAVEL

Chef de Clinique Chirurgicale
Prosecteur à la Faculté

Qui nous a obligeamment guidé dans
l'élaboration de notre travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Doyen de la Faculté de Médecine

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HÔPITAUX CIVILS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR LANNE

Témoignage de notre profonde gratitude pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée durant notre séjour en France.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL RUBENTHALER

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL LÉVY

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ :

MÉDECIN COMMANDANT LEBOURDELLÈS

MÉDECIN COMMANDANT COSTEDOAT

MÉDECIN COMMANDANT POMMÉ

MÉDECIN COMMANDANT GABRIELLE

MÉDECIN COMMANDANT DELAYE

Nous leur adressons ici toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements pour l'enseignement que nous avons reçu d'eux au cours de notre séjour à l'Ecole de Santé.

A MES CHEFS DE DIVISION:

MÉDECIN CAPITAINE LEMAIRE

MÉDECIN CAPITAINE LIEUX

A TOUS MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ

En particulier :

AU MÉDECIN LIEUTENANT DURAND

AU MÉDECIN LIEUTENANT REVOL

AUX DOCTEURS ANDRÉ, HENRY R., MATHEY, ROBION,
RAMNOUX, SOULÉ, TRIPIER

Témoignage de ma durable amitié

A MES CAMARADES D'ENFANCE :

MONSIEUR AZAD, MONSIEUR CHAFIZADÉ

ET AU DOCTEUR PYCHIEVA

A TOUS MES AMIS FRANÇAIS

En remerciement de leur bon accueil
et leur agréable hospitalité.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion comme assistant dans le service de M. le Professeur Tixier d'aider M. Clavel à opérer une malade atteinte d'occlusion intestinale aiguë que nous avons rapportée à un néoplasme de l'angle droit du côlon et qui en réalité était due à une péricolecystite englobant l'angle colique droit dans des adhérences, nous avons eu l'idée d'étudier cette question et de chercher dans la littérature les faits analogues. Il nous semble intéressant de savoir si cette cause d'occlusion est plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude et s'il n'est pas possible aux Cliniciens d'en faire le diagnostic à l'aide de particularités et de petits symptômes que nous tâcherons de mettre en valeur.

En effet il n'est pas indifférent de faire dans ces cas un diagnostic exact qui seul permettra le traitement causal et évitera un anus caecal, opération palliative souvent inadéquate.

Le plan de notre travail sera le suivant:

Les faits: Observations.

Première partie: Les observations originales prises dans la littérature.

Deuxième partie: Etude de l'occlusion aiguë du gros intestin au cours de la lithiase vésiculaire.

- 1° Rappel anatomique;
 - 2° Etiologie;
 - 3° Mécanisme;
 - 4° Anatomie, pathologie;
 - 5° Symptômes;
 - 6° Diagnostic positif;
 - 7° Diagnostic différentiel;
 - 8° Diagnostic étiologique;
 - 9° Traitement;
 - 10° Conclusion.
-

PREMIÈRE PARTIE

Les Observations

OBSERVATION I

(Docteur Clavel, Service de M. le Professeur Tixier.)

Lazareto, épouse Pantarollo (observation de M. Clavel)
occlusion aiguë de gros intestin avec tumeur dans l'hypocondre droit. Laparotomie cholécystite suppurée, cholécystotomie d'urgence, cholecystectomy secondaire, guérison.

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, entrée à l'Infirmerie de porte, de l'Hôtel-Dieu, le 30 octobre 1930, avec diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Depuis trois jours, la malade n'a eu ni selle ni gaz. Plusieurs vomissements. Ventre ballonné. Le cæcum dilaté clapotait dans la fosse iliaque droite et on voyait se dessiner des ondes péristaltiques dans la région paraombilicale; sous les fausses-côtes, on percevait vaguement une tumeur et on songea à un néoplasme de l'angle droit du côlon compliqué d'occlusion; température 39,2, pouvant faire craindre un abcès périnéoplasique. L'interrogatoire de cette malade ne révélait pas du passé hépatique bien net: digestion difficile de temps à autre sans coliques hépatiques franches, constipation habituelle; jamais de selles sanglantes.

Le 30 octobre 1930, intervention (Clavel, Carcassone, Riahy) rachianesthésie. Laparotomie latérale droite, on trouve le cæcum très dilaté mais avant de pratiquer un anus contre nature on agrandit l'incision en haut pour vérifier la cause de l'occlusion. On a la surprise d'apercevoir un énorme vésicule à paroi très épaisse pesant de tout son poids sur l'angle hépatique du côlon en l'enserrant dans des adhérences épaisses. Dans ces conditions on ne touche pas à l'intestin et on fait une cholecystotomie.

Le contenu de la vésicule est purulent et plusieurs calculs sont extraits.

L'état de la malade est trop sérieux pour qu'on puisse faire davantage pour l'instant.

Suites opératoires simples; la malade est apyrétique depuis trois jours, mais la bile ne s'écoule pas par cholecystostomie. La curette ramène à plusieurs reprises au cours de pansements des petits cailloux vésiculaires, mais la vésicule est certainement exclue par un obstacle siégeant au niveau de son col.

L'injection de lipiodol (voir la radio) confirme cette exclusion de la vésicule.

Le 28 novembre, intervention (Clavel, Bertrand, Marion), rachianesthésie; incision de Kcher dans la partie verticale circonscrivant la fistule; cholécystectomie d'avant en arrière, rien à signaler au niveau du cholédoque. La cholécystectomie a été rendue difficile par suite des adhérences au côlon et au duodénum, et l'opération est pratiquée en partie sous-séreuse (procédé de Tixier).

Suites opératoires simples. La malade quitte le service un mois après la seconde intervention, complètement cicatrisée.

Sur la pièce, on voit un volumineux calcul oblitérant le col de la vésicule, les parois vésiculaires sont très épaissies.

Le 1^{er} mars 1931, la malade revient en bonne santé, elle a engraisé, mais garde encore de la constipation.

La cicatrice est en bon état.



Radiographie de l'Observation N° I

OBSERVATION II

Crise de subocclusion du gros intestin, la crise terminée, le diagnostic est fait par la radiographie. Traitement de la cholécystite causale.

Mlle D..., 65 ans. Vue pour la première fois le 19 février 1930. Bonne santé habituelle, lorsqu'il y a un mois phénomènes très douloureux de l'hypochondre droit accompagnés de ballonnement intense avec accidents de subocclusion.

Cette crise a cessé peu à peu, mais on a constaté depuis l'existence d'une tumeur de l'hypochondre droit, du volume d'une mandarine, peu mobile, douloureuse à la pression, difficile à bien localiser en raison du ballonnement persistant.

On croit pouvoir éliminer la vésicule et on fait pratiquer un examen radiologique du gros intestin.

Une radiographie du côlon droit, après lavement baryté, montre une image pseudo-lacunaire de la portion droite du transvers. L'ombre du côlon est échancrée au niveau de son bord supérieur par une zone claire à contours très régulièrement arrondis et donnant tout à fait l'impression qu'il s'agit du pôle inférieur de la vésicule.

Bien que l'image empiète largement sur l'ombre côlique, il n'y a ni rétro-dilatation ni ligne de niveau en amont, c'est ce qui permet de dire qu'il ne s'agit pas d'une sténose intrinsèque, mais bien d'un simple refoulement.

Le 26 février 1930, intervention, anesthésie au Schleich, incision verticale sur le bord externe du droit, la tumeur est une énorme vésicule enflammée et adhérente. On est obligé d'agrandir l'incision en haut et en dedans. Cholécystectomie, ablation de volumineux calculs dans une vésicule à paroi très épaissie.

Suites opératoires troublées par une hémorragie assez importante le deuxième jour, puis guérison sans incident.

Revue le 1^{er} octobre 1930, engraisée; parfait état général, avait gardé une petite fistule muqueuse qui a cédé à des injections de nitrate d'argent.

Cette observation est due à l'obligeance de M. le Professeur Santy.



Radiographie de l'Observation N° II

OBSERVATION III.

Thèse de Cotte, 1907 (page 275).

Cholécystite calculieuse, péricholécystite, rétrécissement du côlon transverse, anastomose cholédococôlique et cholécystostomie (M. Gayet), fermeture secondaire de la fistule. M. Jaboulay.

B. A. (58 ans), demeurant à Lyon, entre, au mois d'août 1902, dans le service de M. Gayet, pour une affection douloureuse de l'abdomen, depuis l'âge de 12 ans, il a souffert du ventre, surtout immédiatement après le repas.

Vers 40 ans, ses douleurs reviennent d'abord légères, puis augmentent progressivement d'intensité et de fréquence.

A 50 ans, elles devinrent presque intolérables, elles étaient quotidiennes, survenant surtout après le repas, une heure environ après et durant à peu près trois heures, elles siégeaient dans la partie latérale droite de l'abdomen, depuis la fosse iliaque droite jusqu'au-dessous du foie et dans la région épigastrique.

Pendant ces crises, le flanc droit devenait volumineux, il se formait une sorte de bosse dans la région cœcale. Le malade, qui habitait alors Paris, consulta un grand nombre de médecins et prit beaucoup de remèdes sans soulagement.

Bientôt des vomissements succédèrent aux crises douloureuses; c'était des vomissements alimentaires, parfois striés de sang qui terminaient la crise douloureuse.

Il y avait de la diarrhée ou bien des selles fréquentes ovales, dures, aplaties. Les crises douloureuses s'accompagnaient de bruits musicaux dans la fosse iliaque droite.

L'état général est assez bon encore à l'entrée, mais l'amaigrissement est considérable, perte de forces. Teint naturel non ictérique. Le malade aurait eu cependant un peu d'ictère à plusieurs reprises. Etat névropathique prononcé.

M. Garel pensant à un rétrécissement non cancéreux du gros intestin, fait passer le malade dans le service de M. Jaboulay, suppléé par M. Gayet. Le repos et le régime, lait, lavements, etc., semblent d'abord améliorer son état, mais de temps à autre éclate une crise avec gonflement de cæcum, on décide alors l'intervention.

Opération le 22 octobre 1902, laparotomie médiane sus et sous-ombilicale : côlon ascendant très dilaté; rien sur côlon transverse qui est ptosé, vésicule entourée d'adhérences couplant étroitement le côlon au delà de son angle. Libération de quelques-unes de ces adhérences, puis pour mieux assurer la circulation des matières, anastomose de côlon ascendant au côlon transverse.

Cette anastomose faite, la suture a environ 6 centimètres de longueur. Se reportant à la vésicule, on la trouve bourrée de calculs, on l'incise, on évacue plusieurs gros calculs, puis il en vient des plus petits, la bile est boueuse, on fait alors passer le fond de la vésicule au travers d'une boutonnière qui perce le grand droit et on la fixe à la peau.

Les jours suivants, on trouve encore de nombreux calculs dans le pansement, le troisième jour purgation, selles faciles et abondantes.

Le 4 novembre, la plaie médiane est cicatrisée. Le 8 novembre, aucun calcul ne sort plus, la bile est claire.

M. Jaboulay suture après la dissection, mais sans entrer dans le péritoïne; l'orifice de la vésicule est fermé, la peau par-dessus. La bile continue à couler par la plaie, les jours suivants.

29 janvier, M. Jaboulay fait une opération intra-péritonéale, libère complètement la vésicule de la paroi et ferme la fistule par adossement séro-séreux, la peau est suturée.

10 février, la plaie est cicatrisée, la bile a repris son cours normal, le malade est satisfait, il ne souffre plus, ses fonctions digestives ont repris leur régularité.

OBSERVATION IV

Clinique de Mikuliz

Occlusion aiguë du gros intestin; diagnostic clinique : cancer intestinal; diagnostic opératoire : énorme vésicule calculieuse.

Elle date de plusieurs années; je n'ai que quelques notes à son sujet et ce n'est que très lointain dans ma mémoire.

Femme âgée de 70 ans, très affaiblie avec cyphose sénile

accentuée; elle avait une pneumonie et fut amenée à la clinique pour occlusion intestinale qui durait depuis cinq jours. Le premier jour elle avait vomi; elle ne vomit plus, mais il y avait arrêt absolue des matières et des gaz; ballonnement considérable, l'intestin distendu se dessine sur les téguments. Partout ondes péristaltiques violentes. Dans la région cæcale, près de l'épine illiaque antéro-supérieure, il y avait une zone résistante immobile sans zone péristaltique. Diminution de la matité hépatique; l'auteur ne se rappelle pas la température qu'avait la malade.

On fait le diagnostic de la sténose par tumeur de l'intestin.

L'opération montra que la zone résistante notée à l'examen n'était qu'une énorme vésicule qui allait s'appliquer jusqu'à la paroi postérieure et le foie tenait là-dessus avec tout son poids. De la sorte le côlon ascendant et transverse se trouvait comprimé et mis en occlusion. On extériorisa la vésicule, on la ponctionna: liquide trouble abondant, ablation de nombreux calculs de cholestérine, la paroi de la vésicule est très épaisse. A la suite de cette opération l'occlusion cessa, le ventre s'affaissa et les selles survinrent. Mais la malade succomba 12 jours après à la récurrence de sa pneumonie.

A son autopsie on ne trouva aucune sténose de l'intestin.

OBSERVATION V

(Anschultz Medicale Klinik 1911)

Accidents d'occlusion du gros intestin avec tumeur du flanc droit. Incision d'une collection, cholécystostomie.

Une femme de 82 ans qui, la nuit de Noël 1909, eut une affection cardiaque avec bronchite et depuis était souvent alitée.

La recherche des antécédents au point de vue vésiculaire et hépatique était négative.

Au milieu de février 1910, elle tomba subitement malade avec les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë et des vomissements abondants. Au quatrième jour de sa maladie se présenta avec un tableau analogue à l'Observation n° 1: abdomen météorisé; à travers sa paroi flaccide de femme âgée on

voyait très nettement se dessiner le contour de l'intestin dilaté. Mouvement péristaltique peu intense, on sentait à la palpation profonde près de l'épine illiaque antéro-supérieure à la partie supérieure de la région cæcale une zone résistante immobile un peu douloureuse à la palpation. Matité hépatique diminuée, ni selles, ni gaz, pas de vomissements depuis l'admission. Température 38°,5. Pouls 72. Cette malade aussi avait une cyphose accentuée sénile, on pouvait envisager comme cause de l'ileus en première ligne un cancer du côlon, mais aussi une tumeur consécutive à une appendicite. Etant donné l'âge de la malade, on veut lui faire une ponction exploratrice pour assurer le diagnostic, car on ne voulait pas se contenter de faire une entérostomie sur l'iléon. La ponction de la tumeur donna un liquide séreux aussitôt l'opération étant faite sous anesthésie locale, on ouvrit une vaste collection séreuse enfermée dans une paroi épaissie. Drainage à la suite de cette opération, rétablissement de la circulation des matières.

Le 14 janvier, à l'écoulement séreux succéda un flot de bile qui s'échappa par la fistule. Evacuation de gros calculs de cholestérine qui donnait l'explication de tous ces accidents. Fermeture progressive de la fistule biliaire.

OBSERVATION VI

Subocclusion du gros intestin. — Tumeur dans le flanc droit. — Cholécystostomie.

Il s'agissait d'une femme de 59 ans, qui à part quelques douleurs dans le côté de temps à autre avait été toujours bien portante auparavant. En particulier, elle n'avait pas eu de coliques hépatiques caractéristiques. Elle tomba brusquement malade le 15 septembre 1906, douleurs dans l'hypocondre droit qui étaient d'une grande intensité, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Le médecin appelé fit le diagnostic d'iléus et il trouva le ventre très météorisé dans la région du cæcum, une tumeur mate dont on pouvait partiellement avec la main délimiter le contour. Il pensa à une hernie interne ou à une invagination et l'envoya à la clinique le 17 septembre.

A l'admission, la douleur persiste avec des vomissements, abdomen ballonné dans le flanc droit. Dans la région cæcale remontant jusqu'aux fausses côtes il y avait une zone de résistance très marquée. Température et pouls sans particularité.

La patiente déclare que quelques heures auparavant elle a eu une selle, dans les matières pas de sang ni de débris de tumeur. L'indication opératoire n'est plus urgente. On pose le diagnostic de tumeur du cæcum. Dans les jours suivants l'état est stationnaire. Les douleurs existent, pas d'occlusion intestinale complète, évacuation de quelques matières sans sang.

19 septembre, opération. Dans la région du cæcum une tumeur de coloration rouge grise qui recouvre et comprime le cæcum. La ponction évacue un liquide trouble et bileux. L'examen des connexions de la tumeur montre qu'elle tient au foie en haut. C'est une vésicule, incision et drainage, on ne trouve pas de calculs.

Le 7 octobre, la malade s'en va gardant dans le flanc une petite plaie.

OBSERVATION VII

Journal de Chirurgie, août 1930 (page 277).

Z. V. Rosenthal et E. Inoescu (Jassy)

Sur un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire donnant des phénomènes d'occlusion intestinale. Libération d'adhérences et cholécystectomie. Guérison. (*Revista Médico-Chirurgicale din Iazi*, tome XI, juillet-août 1929, page 363).

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui depuis six ans présente des douleurs dans l'hypocondre droit assez peu marquées, toutefois pour n'avoir jamais nécessité de traitement, cependant elles sont plus prononcées depuis cinq mois. Jamais d'ictères ni de coliques, pas de troubles gastro-intestinaux.

Le 1^{er} mars elle est prise brusquement de vives douleurs dans l'hypocondre et le flanc droit irradiant dans la fosse iliaque droite.

Les douleurs vont en s'accroissant et la malade se découvre

une tumeur très douloureuse. Elle entre à l'hôpital le 4 mars (vomissements) et n'ayant pas eu depuis trois jours ni selle ni gaz, météorisme abdominal.

Au niveau de l'ombilic on sent une anse grêle dilatée et présentant des mouvements péristaltiques.

La palpation révèle un plastron dur très douloureux à l'anse et l'hypocondre droit à la fosse iliaque droite et rappelant un plastron appendiculaire.

Opération sous rachi-anesthésie : à l'ouverture de l'abdomen on tombe sur la face inférieure du foie au-dessous de laquelle il y a une tumeur verdâtre ayant l'aspect et le volume d'un concombre long de 20 c/m., adhérente à la région iléo-cæcale et qu'on reconnaît pour la vésicule biliaire ptosée et très distendue.

Libération des adhérences et cholécystectomie rétrograde.

La vésicule s'appliquait contre la face antéro-interne du cæcum et comprimait l'intestin à son niveau et provoquant ainsi l'occlusion intestinale.

La vésicule avait une paroi épaisse de 5 m/m., un petit calcul était enclavé dans le col. Dans la vésicule elle-même il en existait quelques autres, elle contenait 150 c/m. cubes de bile diluée et tout son épithélium était desquamé.

Niles (*Annales of Chirurgie*, fascicule 111 (page 344), mars 1902, rapporte le cas d'une tumeur de l'angle hépatique et du côlon avec adhérences de péricholécystite qui fut guérie par section des adhérences et ablation de 60 calculs dans la vésicule.

OBSERVATION VIII

Subocclusion du gros intestin. — Laparotomie cholécystite calculeuse et brides périvésiculaires comprimant le côlon.

Un homme ressentait des douleurs abdominales, avec coliques, nausées, vomissements; on croit à la dilatation de l'estomac. Mais l'examen clinique ne montre rien à ce côté. Dans le sang légères leucocytoses. Distension limitée au gros intestin. Résistance de la paroi, subictère des conjonctives, présence de la bile dans l'urine.

Intervention en octobre 1901, vésicule adhérente au côlon au niveau de l'angle hépatique avec une bride qui encercle complètement le côlon, celui-ci est distendu en amont. J'ai enlevé le calcul de la vésicule, j'ai coupé les brides et le patient a guéri.

OBSERVATION IX

(Goldberg, Setten Ursache von Ileus (Przegląd Lekski) 1911 44, *Revue de Chirurgie*, 1912, n° 17 (page 595).

Occlusion du gros intestin. — Cholécystite calculeuse. — Cholécystectomie.

Une cause rare d'occlusion.

Chez une femme de 32 ans, avec manifestation occlusive et volumineuse tuméfaction dans l'hypocondre droit, on trouve à la laparotomie comme cause d'occlusion une vésicule distendue de 15 c/m. de longueur avec un calcul dans le cystique. Après l'évacuation du contenu et l'ablation de la vésicule, l'obstacle sur le côlon transverse fut enlevé. Guérison.

OBSERVATION X

(Rolleston. — Maladies de foie et des voies biliaires, Londres, 1904, page 747).

Dans quelques cas les adhérences dues à une cholécystite créent une compression du côlon et produisent l'obstruction intestinale aiguë.

Dans le même livre (page 604) Rolleston apporte un cas d'occlusion intestinale aiguë opéré par Alinghams avec le diagnostic du cancer du côlon. Il s'agissait d'une cholécystite calculeuse, il y avait une tumeur séparée du foie par une zone sonore à la répercussion.

Nous n'avons pas pu retrouver l'observation originale, ni recueillir des renseignements plus détaillés sur ce malade qui fut opéré par Allinghams en état d'occlusion aiguë avec le diagnostic de cancer du côlon.

Voici encore trois observations très brèves où l'étude clinique est évidemment bien insuffisante, mais qui sont très intéressantes par les enseignements d'ordre anatomo-pathologique qu'elles contiennent.

OBSERVATION XI

(*Bulletin de la Société d'Anatomie* (page 21), E. Labbée)

Bouffard, âgé de 85 ans, entre dans le service pour une fracture du col le 2 janvier 1865. 15 jours après il présente des signes d'occlusion et meurt de péritonite généralisée cinq jours après.

A l'autopsie, on trouve des signes de péritonite généralisée, déchirure de la vésicule pleine de calculs et adhérences considérables avec le côlon transverse.

OBSERVATIONS XII ET XIII

(Cornillon, *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1865,
Cuffer-Bull., 1875)

Il apporte deux cas d'occlusions du gros intestin qui étaient causées non pas par des calculs, mais par des adhérences fibreuses. Dans le premier cas on n'a pas trouvé de calculs. Dans le deuxième cas, le calcul, du volume d'un haricot, était situé dans l'épaisseur des adhérences hépatocoliques.

Tels sont les faits que nous avons pu recueillir ; leur petit nombre montre qu'il s'agit d'une affection rare. Néanmoins, il faut bien connaître les complications de cet ordre dans l'évolution d'une lithiase vésiculaire. En nous basant sur les documents ci-dessus,

nous nous efforcerons de tracer un tableau aussi complet et aussi exact que possible du phénomène d'occlusion intestinale dans les lithiases biliaires.

SYMPTOMES

Observations	Sexe	Age	Antécédent	Prodromes	Vomissement	Arrêt de gaz et des matières	Ondes pulsatiles	Cæcum dilaté	Tumeur	Évolution	Calculs	Vésicule	Opération	Résultat
I	Femme	50	digestif	peu net	positif	positif	positif	positif	positif	aiguë	positif	gras	Cholécystostomie et Cholécystectomie	guérison
II	id.	65	digestif	net	positif	positif	négatif	pas mentionné	positif	subaiguë	id.	id.	Repos et Cholécystectomie	id.
III	Homme	58	négatif	net	+	+	+	+	+	aiguë	+	+	Cholécystostomie et anastomose	+
IV	Femme	58	id.	négatif	+	+	+	+	+	id.	+	+	Cholécystostomie	mort
V	id.	80	id.	id.	+	+	+		+	id.	+	+	Cholécystostomie	
VI	id.	59	id.	id.					+	id.	—	+	id.	guérison
VII	Homme		id.	id.	+	+			+	id.	+	+	id.	id.
VIII	Femme	40	+	+	+	+	+	+	+	id.	+	+	Cholécystectomie	id.
IX	id.	32	+	+	+	+	+	+	+	id.	+	+	id.	id.

DEUXIÈME PARTIE

Etude de l'occlusion aiguë du gros intestin au cours de la lithiase vésiculaire

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous ne voulons pas faire ici l'anatomie descriptive de la vésicule biliaire ni du côlon transverse, nous rappelons simplement le rapport de la face inférieure de la vésicule avec le côlon, l'existence des ligaments cystico-coliques et hépatocoliques, afin de faciliter la compréhension des phénomènes de l'occlusion du gros intestin au cours de la lithiase vésiculaire.

La face inférieure de la vésicule fortement con-

vexe, partout lisse et unie est recouverte par le péritoine dans toute son étendue, elle est en rapport le plus souvent avec le côlon transverse auquel elle est unie parfois (1 sur 6) par un repli péritonéal, le ligament cysticocolique qui prolonge le bord droit du petit épiploon et dont la présence peut gêner l'opérateur dans la recherche de l'hiatus de Winslow et du pédicule hépatique; et en arrière avec la partie supérieure de la deuxième portion du duodenum. Mais ces rapports sont loin d'être constants, la vésicule se déplace souvent, soit en dedans, soit en dehors. Elle se met alors en contact dans le premier cas avec la première portion du duodenum, et même avec le pyllore.

Les rapports de la vésicule avec le côlon transverse et le duodénum nous expliquent l'ouverture pathologique de ce réservoir dans l'une ou l'autre de ces deux portions de l'intestin. C'est par cette ouverture anormale que passeraient les calculs biliaires volumineux qui sont incapables en raison de leurs dimensions de traverser le cystique ou le cholédoque et que l'on trouve parfois dans les matières évacuées de certains sujets: dans un cas, Bourdon a trouvé un calcul de 19 cm. de circonférence, on se rend compte que ce calcul ne pouvait pas traverser l'intestin normal et devait provoquer l'occlusion.

D'ailleurs à l'état normal, la vésicule sur tout son fond n'est pas fixée dans le sillon vésiculaire du foie et peut se déplacer dans le ventre surtout lorsqu'elle possède un véritable méso long qui rend plus invariable ses rapports avec le côlon transverse et faci-

lite l'occlusion dans le cas de distension pathologique de la vésicule, surtout quand survient un phénomène inflammatoire périvésiculaire.

L'angle hépatique est maintenu en place par le péritoine qui le tapisse complètement en avant et l'applique sur le plan profond sans méso.

Ce péritoine peut présenter trois replis (dont le premier est constant): ligament hépatocolique, ligament phrénocolique droit (sustentaculum hépatique) et le ligament cysticocolique qui n'est autre chose que le petit épiploon prolongé d'une part jusqu'à la vésicule biliaire et d'autre part jusqu'à l'angle colique.

Le côlon transverse au contraire possède un vrai méso qui le relie à la paroi postérieure de l'abdomen, ce méso continue vers l'angle hépatique, devient plus long en s'approchant de l'angle gauche.

Le mésocôlon transverse qui est en rapport avec la face inférieure de la vésicule biliaire est relativement fixe, circonstance favorable aux adhérences dans le cas de péricholecystite et d'ectasie de l'organe, d'où l'occlusion possible du gros intestin qui va en résulter.

Le fond de la vésicule s'applique sur l'angle droit qui porte même son empreinte. Telle est l'anatomie du sujet normal ou du moins répondant au schéma classique.

En réalité, les variations abondent et sont de deux sortes:

Celles que nous appellerons subnormales, c'est-à-dire les variations purement anatomiques des dispo-

sitions classiques et celles qui sont nettement anormales, pathologiques dues d'ordinaire à la péricholecystite ou à des péricolites d'origines diverses, de ces formations péritonéales périvésiculaires les plus considérées par certains auteurs comme pathologiques. D'autres auteurs les considèrent comme une variation anatomique.

Parmi les premières, le ligament cysticocolique étudié par un grand nombre d'auteurs et décrit très différemment, renverse l'observation.

Pour Charpy, ce ligament n'est qu'une variété de ligament hépato-duodénal : il s'insère sur la face intérieure de la vésicule depuis le col jusqu'à la naissance du fond et descend en bas sur la face antérieure du duodénum et le coude droit du côlon. La vésicule est alors séparée du côlon par du tissu cellulaire.

Bricon signale ce ligament comme partant du fond de la vésicule et se perdant sur l'angle droit du côlon, il ne donne pas ses rapports avec le duodénum. On relève dans son article la phrase suivante: « L'extrémité droite du grand épiploon s'insère sur le bord libre de l'épiploon cysticocolique et peut même atteindre le foie au niveau du fond de la vésicule biliaire ». Il considère l'épiploon vésiculocolique comme assez fréquent 21 sur 89 cas.

Ancel et Sencert insistent sur les rapports qui existent entre ce ligament et le grand épiploon et ils disent que ce ligament est un ligament hépato-duodénum épiploïque. Le feuillet antérieur de cet épiploon est en continuité directe avec le feuillet antérieur du grand

épiploon. C'est grâce à des adhérences secondaires que cet épiploon s'insérerait au côlon transverse et concluent en disant : « la partie inférieure du bord libre du petit épiploon ne s'arrête plus au premier coude du duodénum, elle est reportée vers la droite et se confond avec le feuillet antérieur du grand épiploon, d'où formation d'un ligament hépato-duodénum épiploïque ». Ce ligament n'existe pas chez l'enfant, c'est par accollement secondaire que ce ligament devient cysticocolique.

D'après Jean Buy, chez le nouveau-né, le ligament cysticocolique est rare 7 sur 38 cas, sous forme d'une lame triangulaire, souple, transparente, tendue de la vésicule au duodénum et au côlon transverse.

Le grand épiploon reste à gauche du ligament qui ne représente qu'une coalescence péritonale et qui coexiste souvent avec des oblitérations partielles ou complexes de l'hiatus de Winslove.

Tripier et Paviot ont rencontré ce ligament triangulaire de Jean Buy, mais ils ont été frappés de la fréquence des péritonites sous-hépatiques et attirent l'attention sur des adhérences filamenteuses qui partent de la vésicule ou de son voisinage pour gagner le côlon transvers et l'angle droit du côlon. D'après ces auteurs, il est difficile de savoir si ces ligaments sont pathologiques ou normaux.

D'après Hartmann, dans les cas où les parois de la vésicule ne sont pas lésées au moins macroscopiquement, nous avons noté 13 sur 58 cas chez les nouveau-nés, il coexistait avec le cystico-duodénal, trois fois n'étaient qu'une simple bride oblique en bas et

à gauche et qui suivait le bord droit du liga cystico-duodénal et allait se perdre sur le côlon. Il fallait être averti de son existence pour le noter. Chez l'adulte il existe 13 fois sur 56 cas. Dix fois il semble renforcer le bord droit du ligament cystico-duodénal et trois fois existe tout seul tendu en bride de la face inférieure du corps de la vésicule au bord supérieur du côlon transverse avec une direction oblique en bas et à gauche.

Dans le cas pathologique chez l'enfant, trois fois un ligament cystico-colique net. Dans 14 cas chez l'adulte, tantôt un gros tractus fibreux, tantôt une large nappe d'adhérences à limites imprécises. Les insertions supérieures se font sur le corps ou sur le fond de la vésicule débordant plus ou moins la zone hépatique voisine. Dans son trajet il entre en rapports avec le ligament cystico-duodénal ou se trouve plus à droite que lui. La terminaison est variable sur le côlon transverse, sur l'angle droit du côlon, sur l'épiploon, le côlon ascendant, le méso-côlon descendant.

Nous avons voulu nous faire une idée un peu personnelle de ce ligament. Nous avons examiné 50 sujets. Nous n'avons retrouvé cette formation ligamentaire que sur 17 et toutes les vésicules correspondantes étaient malades, ce qui nous a permis de tirer certaines conclusions.

Sujet 1. — La vésicule repose nettement sur le méso-côlon transverse à 7 cm. de l'angle hépatique, un ligament qui part de la face supérieure du côlon le relie au bord interne de la vésicule. La vésicule

injectée d'eau sous pression refoule le bord mésentérique du côlon à l'intérieur.

Sujet 2. — Côlon transverse très abaissé ; la vésicule est reliée au côlon par un ligament très long qui va de la face supérieure du côlon à la face inférieure de la vésicule.

Sujet 3. — La vésicule repose sur la face supérieure du côlon (12 cm. de l'angle hépatique) et même la déborde. Pas de ligaments reliant ces deux organes. La vésicule injectée par l'eau efface le calibre du côlon. A noter que la vésicule est très longue, distendue, sans aucun obstacle à l'évacuation de la bile.

Sujet 4. — La malade meurt d'un cancer de l'estomac. Des tissus néoplasiques et inflammatoires entourèrent la vésicule, le côlon et l'estomac. On arrive à percevoir un ligament reliant le côlon transverse à la face inférieure du foie, à 2 cm. du bord interne de la vésicule.

Sujet 5. — Le fond de la vésicule repose sur le méso-côlon, un ligament relie le côlon au bord externe de la vésicule et à la face inférieure du foie.

Sujet 6. — La vésicule repose sur la face antérieure du côlon transverse à 12 cm. de l'angle hépatique, pas de ligaments, l'injection de l'eau abaisse le côlon sans en diminuer le calibre.

Sujet 7. — La vésicule distendue déborde le bord libre du côlon transverse, un ligament très résistant long de 4 cm. relie l'angle hépatique du côlon à la face inférieure du foie, la vésicule injectée à l'eau sous pression comprime le côlon et rétrécit son calibre.

Sujet 8. — Mort d'un néoplasme généralisé du foie et du pancréas ; vésicule très dilatée ; la partie de canal cholédoque qui traverse le pancréas est complètement obstruée ; un vrai ligament résistant et épais long de 6 cm., dont la largeur va du fond de la vésicule jusqu'au petit épiploon. Le cæcum, l'intestin grêle sont très distendus ainsi que le côlon ascendant, le côlon transverse à partir de 5 cm. de l'angle hépatique est rétréci sur une longueur de 14 cm. laissant à peine pénétrer le petit doigt ; le rétrécissement était dû à des adhérences d'une part avec l'angle droit, d'autre part avec la vésicule.

Sujet 9. — Le côlon descendant est ptosé, l'angle hépatique très bas sans aucun ligament, la vésicule très petite reposant sur le méso-côlon injectée par l'eau ne comprime pas le côlon.

Sujet 10. — La vésicule est dirigée en dehors de telle sorte qu'elle repose sur l'angle hépatique, une sorte de ligament mince peu résistant part de l'angle hépatique et va à la face inféro-externe de la vésicule.

Sujet 11. — Mort de bacillose généralisée et péritonite bacillaire. Vésicule très adhérente au côlon transverse ; ce dernier a un calibre très rétréci.

Sujet 12. — Mort de pneumonie. Vésicule distendue par le calcul qui bouche le bassinet, quelques adhérences la relient au côlon transverse et reposent sur la face antérieure de ce dernier à 10 cm. de l'angle hépatique. Malgré ces adhérences et la grosseur de la vésicule, le calibre du côlon n'est pas rétréci.

Sujet 13. — Un sillon très profond abrite la vésicule de telle sorte que celle-ci est complètement en-

tourée de parenchyme hépatique ; de plus la vésicule s'incurve en son milieu et fait un crochet très prononcé et ce crochet embrasse le côlon transverse à 15 cm. de l'angle hépatique. Un vaste ligament en éventail relie la face supérieure et le bord libre du côlon à la vésicule ; la vésicule injectée par l'eau comprime de tous les côtés le colon transverse.

Sujet 14. — La vésicule très distendue à cause d'un gros calcul qui bouche le bassinnet comprime le côlon par son poids et par des adhérences, pas de ligaments.

Sujet 15. — Un large ligament relie le côlon à la vésicule et continue jusqu'au petit épiploon, la base de ce ligament commence à la face antérieure du côlon et suit son méso. L'ensemble fait un triangle.

Sujet 16. — Rien d'anormal, sauf le côlon transverse très ptosé, l'angle hépatique est très aigu.

Sujet 17. — Un large ligament triangulaire oblique de haut en bas et de dedans en dehors s'insérant en haut sur toute la vésicule et en bas s'insérant sur le côlon transverse, vient s'épanouir sur l'angle hépatique descendant en bas jusqu'au tiers supérieur du côlon ascendant, recouvrant 9 cm. de cette partie du gros intestin.

Ce ligament forme à la face antérieure du gros intestin une véritable fossette, ouverte en dehors, fermée en dedans au sommet correspondant du côlon transverse à 10 cm. de l'angle.

CONCLUSIONS

Le ligament cystico-colique est rarement un liga-

ment normal entre la vésicule biliaire et le côlon transverse et presque toujours il est de formation pathologique par périviscérite sous-hépatique.

1° Embrylogiquement, il est quasi inexistant. Lorsqu'il existe, il résulte de l'adhérence secondaire par excès d'accolement du grand épiploon au côlon transverse devant lequel il passe.

2° La variabilité des insertions inférieures de ce ligament fait croire à son origine inflammatoire, car un ligament normal ne saurait être si variable.

3° Ce ligament coexiste presque toujours avec une lésion manifeste de la vésicule.

4° La fréquence chez l'adulte est très grande. Nos statistiques montrent que sur 50 sujets nous l'avons trouvé 17 fois.

5° En somme ce ligament ou plutôt ces adhérences fibreuses entre la vésicule et le côlon transverse entrent dans le grand cadre des périviscérites dont le lieu d'élection (en dehors du cæcum) est au niveau de l'angle droit du côlon, sous la vésicule.

Nous croyons donc pouvoir conclure de cette étude anatomique qu'il n'existe pas de dispositif anatomique normal susceptible de rendre plus intime le rapport de la vésicule avec le côlon et de prédisposer tel ou tel sujet au retentissement sur le gros intestin qu'une maladie de sa vésicule. Seuls des phénomènes inflammatoires se passant dans cette région sont capables d'augmenter l'intimité de rapports entre la vésicule et l'angle du côlon et aboutir au trouble de transit du gros intestin.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET MECANISME

Fréquence. — L'occlusion aiguë du gros intestin au cours de la lithiase vésiculaire est extrêmement rare. Malgré nos recherches consciencieuses nous n'avons pu en relever que 13 observations. Cependant il est fort possible que cette cause d'occlusion soit plus fréquente que ne l'indique la littérature médicale. Un certain nombre de ces malades ont pu être opérés, avoir subi un anus contre nature pour les phénomènes occlusifs, leur état étant trop sérieux pour permettre une laparotomie exploratrice. D'autre part, lorsqu'ils ont succombé, l'autopsie n'est pas pratiquée. Chez ces malades, le diagnostic de cancer semble tellement évident que l'autopsie est souvent négligée. Personnellement nous avons l'impression que les cas sont moins rares qu'on ne le croit.

Sexe. — Sur les observations dont le sexe est mentionné, les 4/5 sont des femmes, chiffres qui corres-

pendent à ceux de l'ileus biliaire : tout ceci s'explique si l'on songe à la grande fréquence de la lithiase chez la femme.

L'âge. — Dans mes observations les malades ont tous plus de 40 ans.

Mécanisme. — On peut concevoir un certain nombre de mécanismes d'occlusion du gros intestin au cours de la lithiase biliaire. Eliminons les causes intrinsèques, c'est-à-dire l'occlusion due à la migration d'un calcul. Nous ne voulons considérer que l'occlusion par mécanisme extrinsèque, c'est-à-dire par l'action directe de la vésicule sur le gros intestin. Ce sont d'ailleurs les seuls cas que nous ayons relevés dans nos observations.

Mécanisme extrinsèque. Compression mécanique. — Anchultz, dans une de ses observations, cite que sa malade avait une gibbosité et croit que la vésicule par son poids a comprimé le côlon transverse.

Bien qu'il émette cette hypothèse il avoue que la cause mécanique seule ne peut pas provoquer l'occlusion, il faut toujours l'intervention de l'inflammation qui relie la vésicule au côlon par des adhérences.

Nous croyons qu'il ne faut pas accorder une grande importance aux causes mécaniques, seulement on peut admettre que la cyphose rend le contact entre la vésicule et le côlon plus intime et favorise l'adhérence à la suite d'inflammation de cet organe.

Phénomènes inflammatoires. — L'inflammation in-

tervient de différentes manières pour aboutir au phénomène de l'occlusion. Le phénomène fondamental paraît être l'inflammation péritonéale qui épaissit la tunique séreuse du côlon, paralyse sa musculature, atteint même parfois toute l'épaisseur de la paroi et rétrécit le calibre de l'intestin (voir observation n° 3).

On voit ainsi l'infection directe par un bloc inflammatoire vésiculaire s'associer au phénomène de spasme et de paralysie de l'intestin dû à l'infection. Dans aucun cas, en effet, nous n'avons trouvé de vésicule simplement distendue ou bourrée de calculs comprimant l'intestin par son propre poids. Il y avait toujours un processus inflammatoire des plus nets avec présence de bile trouble et de pus dans la vésicule, accompagné souvent d'un épaississement énorme de la paroi de cette dernière.

Ces processus peuvent être comparés à ce que l'on voit d'une façon plus fréquente au niveau du duodénum et qui aboutissent à une sténose d'origine biliaire de cet organe.

Là aussi l'inflammation joue un grand rôle, mais cependant moins que dans le cas qui nous occupe.

Dans les sténoses duodénales d'origine biliaire, en effet, il y a un calcul volumineux dans le canal cystique ou dans le bassinnet qui comprime directement et tend à ulcérer la paroi duodénale. Au niveau du gros intestin il n'en est pas de même, les calculs sont à leur aise dans la vésicule distendue et seul le degré d'infection de la paroi vésiculaire entre en jeu pour expliquer l'atteinte possible de l'intestin.

Etant donné le calibre considérable du gros intes-

tin, l'occlusion résulte exceptionnellement d'un rétrécissement organique. Le rétrécissement n'est que relatif, c'est le spasme dû à l'inflammation qui peut amener l'occlusion complète.

L'étude clinique nous en donnera la preuve puisque nous verrons ce symptôme occlusif céder de lui-même au repos et à l'application de la glace sur l'abdomen (voir observation de Scuty).

Cette notion est très importante au point de vue thérapeutique. Puisque sans agir sur l'intestin il suffit de supprimer par une intervention purement vésiculaire le phénomène inflammatoire pour voir le cours des matières se rétablir spontanément.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésion vésiculaire. — La vésicule s'est présentée dans tous les cas avec des lésions presque absolument identiques, et nous sommes tentés de les considérer comme caractéristiques : la vésicule est très grosse, quelquefois descendant sur la face antérieure du côlon, les parois très épaissies et elle contient une bile infectée ou même du muco-pus. Il n'y a pas de calculs qui remplissent la vésicule, mais dans la plupart des cas un caillou oblitère le cystique. La vésicule ne renferme alors que du muco-pus. Parfois le cystique n'est pas oblitéré par le calcul et la vésicule contient de la bile.

Lésions du gros intestin. — Presque rien. Il est comprimé par la vésicule et les adhérences périvésiculaires. Dans le cas de l'observation de Cavaillon et Gayet, la paroi était complètement envahie, mais ce sont des cas exceptionnels.

La lésion la plus frappante consiste dans la réac-

tion inflammatoire des parois vésiculaires et du péritoine environnant. L'atteinte du côlon n'est qu'une réaction de voisinage, car c'est un organe couvert de péritoine et en contact avec la vésicule enflammée. Il suffit donc d'intervenir sur la vésicule sans toucher l'intestin, sauf dans les cas exceptionnels où les lésions sont très intenses (observations de Gayet).

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

La description que nous avons faite est calquée autant que possible sur les observations, comme en fait foi le tableau ci-joint.

1. *Antécédents*. — Puisque nous avons dit l'extrême fréquence dans les occlusions pour péricholécystite de la cholécystite calculeuse, il est naturel de retrouver dans l'histoire de nos malades des antécédents lithiasiques : coliques vésiculaires, frustes ou nettes (dans 11 cas) ; poussées d'ictère avec fièvre, douleur sous le rebord costal, tumeur vésiculaire, etc.

A dire vrai, l'histoire hépatique du malade n'est parfois pas très nette et il faut la chercher avec soin ; on insistera tout particulièrement sur les symptômes gastralgiques de la lithiasie : il s'agit souvent de malades avec digestions lentes, pénibles avec douleurs tardives.

2. *Période de début*. — Il est rare que la grande crise douloureuse intestinale éclate brusquement sans

prodromes. Elle est précédée par une période de troubles variés qui traduisent la gêne qui s'établit lentement, dans le cours des matières, dans le gros intestin. Les signes prémonitoires sont de deux ordres suivant que les phénomènes mécaniques ou infectieux prédominent.

Dans le premier cas il s'agit d'un symptôme de stase dans le côlon ascendant ; cette stase se manifeste par une constipation chronique banale d'abord avec sensation de gêne due à la distension du côlon ascendant. On sent à la palpation un cæcum rempli et un cadre colique qui coexistent avec une douleur nette au niveau du carrefour.

Sur cette constipation banale se greffent des épisodes de subocclusion avec leur allure classique passagère et la débâcle avec bruits musicaux.

Bientôt l'état général est touché : les phénomènes toxi-infectieux, bien mis en valeur par *Duval* et *Roux*, apparaissent et s'installent rapidement.

Si les phénomènes infectieux prédominent, nous avons alors à faire au type de colite, avec ses alternatives de constipation et de diarrhée, la fièvre, les douleurs, les selles muqueuses peuvent aller jusqu'au tableau de l'entro-colite muco-membraneuse.

Il est bien évident que, pendant cette période, nous pourrions noter en même temps des troubles dus à la lésion causale, c'est-à-dire à la cholécystite chronique.

Les rayons X peuvent faire le diagnostic de localisation de la subocclusion à cette période. En effet on voit, suivant les cas, un angle droit attiré vers le haut, fixé sous le foie, plus ou moins adhérent.

Dans d'autres cas une fermeture anormale de l'angle avec ses deux portions accolées en double canon de fusil, et étant inséparables par la main qui les palpe.

Dans d'autres cas enfin les symptômes seront encore plus nets et montreront une gêne du transit de la baryte avec arrêt du repas opaque dans le côlon ascendant et le début du transverse (*Trétraïode*).

3. *Période d'état ou d'occlusion*. — Elle débute d'ordinaire par une douleur abdominale violente et brutale ; douleur de colique généralisée d'abord, puis plutôt localisée à la fosse iliaque droite. Cette douleur s'accompagne habituellement de vomissements et surtout d'arrêt des matières et des gaz.

Localement on note un ballonnement limité à la partie droite de l'abdomen avec météorisme localisé au côlon ascendant et au cæcum qui sont le siège de mouvements péristaltiques ; mais bientôt ces phénomènes sont cachés par du météorisme généralisé.

La palpation de l'abdomen permettra au début de sentir une tuméfaction du cæcum et du côlon ascendant, mais surtout de sentir la vésicule malade.

D'ordinaire on trouve une tumeur molle et lisse sans appui lombaire, nettement localisée à l'hypocondre droit sans limite nette avec le foie.

En résumé :

— *Douleur* intestinale et non vésiculaire ; n'a pas le caractère de la colique hépatique. *Ce sont des coliques*.

— *Occlusion bâtarde*. Les malades ne font pas mauvaise impression.

— Quelquefois, de temps en temps, alternatives de rémission et d'aggravation.

— *Occlusion avec fièvre.*

— Ce qu'on sent dans l'hypocondre et le flanc droit ce n'est pas une tumeur nettement délimitée ; c'est en même temps un plastron. Il y a un élément de réaction péritonéale et pariétale autour.

La continuité de la tumeur avec le foie est difficile à affirmer, car le ballonnement ne permet pas l'appréciation précise de la matité hépatique.

Cependant c'est bien une occlusion, car il y a des ondes péristaltiques.

4. *Evolution et pronostic.*

Habituellement : évolution immédiate favorable en ce sens que les malades ne meurent pas d'occlusion. Au bout de quelques jours, le cours des matières se rétablit souvent, comme s'il y avait eu cessation du phénomène de spasme.

Observation typique (obs. II Santy) : malade qui vient en occlusion ; 3 jours après c'est fini. On peut en faire une radiographie.

Cependant évolution défavorable possible.

— Un cas de mort par péritonite, sur une sténose vraie de l'intestin (cas de Gayet, III).

— Fistule cholécysto-colique.

De toute façon, l'évolution est sérieuse. Les malades ne risquent guère de mourir d'occlusion, mais le danger pour eux est la péritonite et les divers accidents inflammatoires auxquels peut donner lieu l'évolution de l'empyème vésiculaire.

Ce qui est menaçant chez ces malades, ce n'est pas

le syndrome occlusif, c'est l'atteinte grave de la vésicule dont il est la manifestation.

Le danger est dans la vésicule et non dans l'intestin.

Comparer à ce point de vue avec la sténose pylorique d'origine biliaire : là le danger est souvent dans l'intestin, le duodénum ou le pylore. Les malades meurent de sténose aiguë du pylore.

Occlusion moins serrée, moins mécanique, plus basse que l'occlusion du pylore.

Donc le pronostic est meilleur et bien plus rarement mortel en tant qu'occlusion.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il paraît bien osé de vouloir formuler des éléments de diagnostic, pour une affection aussi rare:

En pratique si l'on voulait faire ce diagnostic on se tromperait presque toujours.

Le bon sens consiste à songer aux causes d'occlusion les plus fréquentes sur le gros intestin.

Cependant il faut songer à cette éventualité pour rechercher son existence au cours de l'intervention, la sanction thérapeutique étant tout à fait particulière.

Eléments de diagnostic :

1° *Phénomène d'occlusion* du gros intestin (arrêt des gaz, vomissements, clapotage cæcal, ondes péristaltiques).

2° *Tumeur* (hypocondre ou flanc droit) dont les connexions avec le foie ne sont pas toujours évidentes.

3° Cette occlusion présente une évolution subaiguë

avec tendance à la rémission spontanée, parallèle aux phénomènes inflammatoires (fièvre, pouls, etc.).

4° Antécédents pas toujours assez caractéristiques, mais se méfier chez la femme.

La radioscopie ne peut pas être utilisée à cause des phénomènes aigus, mais le repos de quelques jours et l'application de la glace fait disparaître l'état aigu et on peut la faire facilement (observation de Santy qui est caractéristique).

La radiographie, après l'injection de tétraïode, n'est pas toujours positive, car le calcul du bassinnet exclut la vésicule au moins par période et empêche la pénétration de la bile et du tétraïode dans cet organe.

Je m'excuse d'avoir fait un chapitre aussi long qui n'a pour but ici que de montrer les difficultés que l'on peut avoir à préciser, même au cours de l'intervention, la nature exacte de cette occlusion.

En pratique les choses se passeront presque toujours de même façon : trompé par les antécédents biliaires souvent vagues ou inexistants, par cette tumeur dont la connexion avec le foie est imprécise, par cette symptomatologie subaiguë, par l'âge du malade, le chirurgien interviendra avec le diagnostic de cancer de gros intestin et ce n'est qu'opératoirement, si l'état du malade permet une exploration, que l'origine véritable de l'occlusion sera découverte et le traitement convenable pratiqué.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC L'OCCLUSION DU GROS INTESTIN PAR CALCUL

Nous citons trois observations et ensuite nous démontrerons les signes différentiels.

Marion, Bulletin de la Société de Chirurgie, 25 mai 1910 ^{\$}

Femme âgée de 70 ans, prise brusquement de phénomènes d'occlusion pour lesquels je la fis transporter dans une maison de santé. Comme l'état général était bon, je conseillais des lavements électriques qui furent donnés. Bien que les premiers n'aient rien fait, l'état de la malade ne s'aggravait pas et au 5^e lavement la malade eut une débâcle qui la déballonna complètement.

Dans les jours qui suivent, l'occlusion réapparut moins sévère; mais comme il était net qu'une cause quelconque persistait et gênait le cours des matières, j'intervins. Diagnostic posé : cancer. La laparotomie découvre une masse dure dans le côlon transverse. La partie du côlon fortement abaissée où se trouvait le calcul était située dans le flanc gauche. Je fermai l'incision médiane et fis une boutonnière latérale gauche, j'attirais la portion de l'intestin oblitéré en dehors du

péritoine, suturai celui-ci tout autour de l'anse, sauf en haut où je plaçai un champ pour éviter l'issue des matières. Et mon intestin étant ainsi bien extériorisé, je l'incise et put extraire ce volumineux calcul. La plaie latérale est suturée partiellement. Suite simple. Au cinquième jour il ne reste qu'une plaie insignifiante, la malade se promène. Le calcul est constitué par de la cholétérine, 8 c/m. de long sur 6 c/m. de large. La malade n'avait jamais eu d'antécédents diliphasiques.

Marion, Bulletin de la Société de Chirurgie, 25 mai 1921

Malade âgée de 65 ans. Je n'ai pu intervenir avant le 6^e jour, la malade ayant été soumise à l'électrisation avant que j'aie pu l'opérer. Je me préparais à faire un anus iliaque gauche, l'occlusion paraissait siéger assez bas, mais en cherchant le côlon descendant je trouve un calcul. La paroi intestinale était si altérée que j'ai laissé l'intestin ouvert abouché à la paroi. Cette malade âgée, opérée au 6^e jour, guérit très simplement. Je me demande s'il n'y aurait pas d'intérêt dans l'iléus biliaire à faire une soupape de sûreté permettant l'évacuation du contenu intestinal plutôt que de fermer complètement l'intestin.

Thèse Dupont Observation 26

Femme âgée de 70 ans, prise subitement de phénomène d'occlusion. Etat général bon. Administration de trois lavements électriques par jour; au 5^e jour débâcle formidable qui la déballonne complètement. Dans les journées qui suivent l'occlusion réapparaissant, on pense à un cancer et on intervient; on trouve une masse assez dure dans le côlon transverse et on constate qu'il s'agit d'un calcul. L'incision médiane est refermée, on pratique l'incision latérale gauche et on attire la portion de l'intestin oblitéré hors le péritoine. Suture autour de l'anse, on extrait le volumineux calcul après l'incision. Suite simple. Guérison. Le calcul mesure 8 c/m. de long sur 6 c/m. de large.

Ici encore les phénomènes occlusifs sont les mêmes. Cependant les antécédents de la maladie hépatique plus nets : il a eu des coliques hépatiques. Douleur peut-être en forme de colique localisée au niveau du calcul. On peut dire que c'est le manque de tumeur et la laparotomie qui font le diagnostic.

*Diagnostic différentiel avec cancer
de l'angle sous-hépatique du côlon transverse.*

Ici nous citons quelques observations de la thèse Peutot (thèse de Lyon, 1904), qui montrent l'occlusion intestinale aiguë par cancer du côlon et ensuite nous insisterons sur le diagnostic différentiel.

Observation 2. — L..., 33 ans, se plaint de constipation depuis le 16 septembre 1901; bientôt apparaît une douleur au point de Mac Burney qui s'exagère par la pression. Pas de température ni de vomissements, quelques mœlena. On diagnostique l'appendicite subaiguë.

Le 4 novembre, les vomissements continuent, ballonnement du ventre, on aperçoit des contractions intestinales au travers de la paroi. On diagnostique l'occlusion intestinale par néoplasme probable. A l'opération le 6 novembre, on trouve un rétrécissement de l'angle sous-hépatique. Abouchement de l'iléon et du côlon transverse. La malade meurt par péritonite.

Observation 8. — Mme X... Occlusion grave, en 1903, anus artificiel et anastomose de l'iléon avec l'angle de sigmoïde. Guérison. Il s'agissait d'un néoplasme de l'angle droit qui causait l'occlusion.

Observation 13. — H. A., 38 ans. Entre le 2 juin 1899 avec les signes d'occlusion complète et on sent une tumeur. Opération du cancer de l'angle hépatique et péritonite cancéreuse. Mort.

Observation 22. — B... Dégoût pour la graisse et la viande depuis quelque temps, des coliques fréquentes, il a maigri beaucoup. Angiome sous-cutané. Brusquement l'occlusion devient aiguë. Le 15 juin, M. Paul Courmont, médecin traitant, lui donne un lavement qui fait céder l'occlusion et il sent une tumeur vaguement localisée dans la fosse iliaque droite. M. Tixier, appelé de nouveau pour le syndrome d'occlusion aiguë le 28 juin, donne un lavement qui met fin à l'occlusion et il sent une tumeur séparée du foie, de la vésicule, du rein, il la considère comme un néoplasme de l'angle hépatique. La laparotomie, le 4 juillet, affirme le diagnostic. On enlève la tumeur (cæcum jusqu'à la moitié du côlon transvers). Anostomose termino-intestinale de l'intestin grêle dans le gros intestin.

Suites opératoires : phlébite. Guérison.

Cliniquement les signes d'occlusion sont les mêmes, cependant dans le néoplasme nous notons l'amaigrissement plus marqué, le manque d'antécédents biliaires, le mœlena, le teint cancéreux, les alternances de constipation et de diarrhée, la dureté de la tumeur, sa persistance, sa consistance, sa fixité, quelques filets de sang avec les glaires dans les matières, la compression du pylore (qui fait croire à la dilatation gastrique) et les phénomènes réflexes qui en résultent.

Radiographie. — Elle nous montre les images lacunaires des rétrécissements qui manqueraient d'ordinaire dans la péricholécystite.

C'est un diagnostic opératoire le plus souvent. Avant l'opération on pensait au cancer. L'opération montre que la vésicule est en cause.

*Diagnostic différentiel avec Cancer du cæcum
avec invagination.*

Nous citons deux observations (Demarest, thèse de Paris, 1908) et ensuite nous décrirons les signes différentiels.

Observation 1. — Cancer du cæcum, occlusion intestinale aiguë, entérostomie. Mort.

Femme âgée de 55 ans, entre à l'hôpital le 22 février 1905, en pleine crise d'occlusion intestinale aiguë. Depuis 5 jours elle ne rend ni matières, ni gaz, les vomissements sont fécaloïdes, les coliques sont violentes. Température normale, pouls à 110, abdomen distendu. Opération le 22 février; les anses sont grêles, dilatées, rouges. Le mésentère renferme des ganglions néoplasiques. Le côlon vide est rétracté; le cæcum adhère à la fosse iliaque droite. Dans la dernière anse grêle, une boulette fécale du volume d'une noisette, incapable de franchir le rétrécissement cæcal. L'ouverture de l'anse dernière du grêle fait échapper des matières. On fixe cette anse ouverte à l'angle inférieur de la plaie. On ferme le reste de l'incision. La malade succombe le 24 février.

Observation 2. — Cancer du cæcum. Occlusion aiguë. Laparotomie, cancer inextirpable, anus grêle. Guérison.

Malade âgée de 55 ans fut brusquement prise d'accidents d'occlusion aiguë. Constipation absolue, vomissements incessants, douleurs abdominales atroces. La malade était constipée depuis longtemps et comme elle était soignée pour un fibrome qu'on croyait en cause, comme l'état de la malade s'aggravait on décida l'opération.

A l'opération on découvre une grosse tumeur au niveau du cæcum, mobile mais adhérente à la paroi postérieure et paraissant inextirpable. On porte le diagnostic de cancer inextirpable, on ferme l'incision médiane, on fait une seconde incision latérale et on fait un anus grêle. La suite opératoire paraissait bonne, mais amaigrissement notable. Mort par généralisation du cancer,

L'occlusion aiguë au cours du cancer du cæcum est très fréquente non seulement par le cancer même, (c'est surtout le cancer de la valvule iléocæcale qui s'invagine dans le cæcum), mais par la dureté de la tumeur et par manque de transmission de l'onde péristaltique. Si cette invagination se fait brusquement, le malade sent une douleur plus atroce dans la fosse iliaque droite qui l'oblige à prendre des attitudes bizarres. En plus on voit l'hémorragie intestinale parfois très abondante qui survient. La tumeur déjà constatée semble s'agrandir. Ce qui différencie l'occlusion aiguë du gros intestin par cancer du cæcum d'autres causes d'occlusion, ce sont les antécédents du malade : constipation chronique, alternant avec la diarrhée depuis quelque temps. Teint cancéreux, atteinte de l'état général, sensation de faiblesse particulière, état d'anxiété qui oblige les malades à lutter contre la constipation par tous les moyens. L'adhérence de la tumeur, son siège, etc..., font penser à un cancer du cæcum. Cependant quelquefois c'est la laparotomie seule qui fait le diagnostic.

*Diagnostic différentiel avec occlusion
par cancer iléo-cæcal.*

Nous citons le résumé de deux observations (Cavillon, thèse de Lyon, 1905), et ensuite nous décrivons les signes différentiels.

Observation 1. — La malade entre en janvier 1905 pour affaiblissement. Anorexie, amaigrissement et vomissements,

Aucun antécédent à signaler. Le 14 septembre, brusquement une douleur dans la fosse iliaque droite, des vomissements, arrêt des gaz et des matières. On fait le diagnostic d'appendicite et un traitement approprié : Les signes d'occlusion s'amendent, la constipation cède la place à la diarrhée; diarrhée persistante et amaigrissement de 23 kgs. A l'entrée, la malade est cachectique, d'un teint jauné paille, inappétence pour la viande, la digestion se fait bien, mais la diarrhée persiste, pas de sang ni de glaires dans les selles. On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur irrégulière bosselée ne suivant pas les mouvements respiratoires, submatité et ballottement antéro-postérieur; nævi sur toute la surface du corps. La laparotomie faite par M. Jaboulay, montre une tumeur du cæcum adhérente au foie, dans la fosse lombaire et aux anses grêles. Mort.

Observation 2. — La malade entre dans le service de M. Jaboulay en novembre 1899. Antécédents ; enfance malade; elle a eu 9 enfants; elle a eu la typhoïde. Signes de subocclusion depuis quelques mois, se purgeant souvent, ni sang ni glaires dans les matières, amaigrissement de 10 kgs, cachexie, le teint jaune, œdème malléolaire, vomissant tous ses repas. Douleurs généralisées plus marquées dans la fosse iliaque droite. La malade sent nettement les contractions péristaltiques. Le ventre est très ballonné, le toucher rectovaginal est négatif. Un empâtement est perçu dans la fosse iliaque droite. Opérée le 3 novembre. On constate une tumeur iléocæcale adhérente partout. Anus cæcal. Plus tard, anostomose de l'iléon et du côlon ascendant. Survie de 3 ans.

Nous voyons que le cancer iléo-cæcal peut causer l'occlusion aiguë ; cependant les antécédents non lithiasiques, la cachexie, le teint particulier, l'amaigrissement malgré la digestion facile (c'est le transit qui ne se fait pas), les douleurs plus généralisées, les nævi généralisés, les alternances de constipation et de diarrhée, la présence d'une tumeur dure bosselée

très bas située et immobile, mettent sur la voie du diagnostic. Ici encore c'est la laparotomie qui le confirme.

*Diagnostic différentiel, avec occlusion
par tuberculose iléo-cæcale.*

Ici nous ne citerons pas d'observations, car ce serait trop long. Nous citerons simplement les causes de l'occlusion au cours de la tuberculose intestinale et les symptômes qui les différencient de l'occlusion par péricholécystite (thèse de Heitz, Lyon, 1929). L'occlusion au cours de la tuberculose intestinale peut être due aux causes suivantes :

1° Rétrécissement très fréquent sur l'intestin grêle. Rare sur le gros, car le calibre est supérieur et la tuberculose en virole localisée, circulaire, est moins fréquente.

2° Occlusion par spasme. Une ulcération de la muqueuse fait contracter la musculature et cause l'occlusion intestinale ou bien la paralyse par le même mécanisme.

3° Occlusion par adhérence et bride, très fréquente dans le cas de réaction péritonéale concomitante qui fait adhérer les anses entre elles ou à un organe voisin.

4° Compression par les ganglions mésentériques : très rare.

5° Occlusion par l'invagination. La tuberculose favorise l'invagination par les spasmes et le péristal-

tisme de l'intestin ulcéré ou bien une partie rétrécie ne transmet pas le péristaltisme à la partie sous-jacente qui est plus large et la partie sus-jacente rétrécie par péristaltisme pénètre dans la partie sous-jacente qui n'est pas rétrécie par manque de péristaltisme.

Les signes différentiels avec l'occlusion par péricholécystite: débute par constipation et diarrhée sanguinolente, douleur dans la fosse iliaque droite qui dure parfois toute la journée, quelquefois douleurs aiguës et nausées qui font croire à une crise d'appendicite, sensation de ballonnement. Ces débuts durent quelquefois longtemps : deux à trois ans. Parfois débute comme une occlusion aiguë par ulcération et spasmes. Korte cite l'observation d'un malade qui manifesta des signes d'occlusion par une suppuration péri-cæcale aiguë d'origine tuberculeuse. Chaput en cite deux cas et Delbet, dans la *Revue de la Société de Chirurgie*, en 1907, en rapporte un autre.

Dans la forme hypertrophique : douleurs persistantes sous forme de coliques. Présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, visible à l'inspection, indolore au toucher. Pas de contracture de la paroi. La tumeur est bosselée, à consistance dure. Limite précise en bas, non précise en haut, mobilisable latéralement, immobilisable de haut en bas.

La tumeur, par son poids, peut glisser au-dessus de l'arcade de Fallope ou lui rester parallèle.

La rétraction du méso la fait monter vers le rein.

Quelques ondes péristaltiques par sténose concomitante. Parfois signes de König. Parfois adhère à la

paroi et se fistulise. La mort survient à cause de la tuberculose concomitante ou par l'occlusion.

La radiographie après lavement montre l'intestin déformé et bosselé et la tumeur de la paroi même.

*Diagnostic différentiel avec l'occlusion
par appendicite chez les gens âgés.*

Ici nous résumons deux observations de la thèse de Gand (Lyon, 1906) et ensuite nous discutons le diagnostic différentiel.

Observation 1. — B... Auguste, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital Necker le 14 mars 1901 dans le service du Professeur Le Dentu pour une affection abdominale. Rien à noter dans ses antécédents. Six jours avant son entrée à l'hôpital, il fait un effort; il sentit brusquement des douleurs vives dans l'abdomen, le soir vomissements bilieux, pas de selle. Le 5^e jour n'a pas rendu de gaz. A l'hôpital on distingue un soulèvement dans la fosse iliaque droite. Abdomen ballonné. Contracture musculaire à la palpation. Sensibilité exquise. Point de Mac Burney douloureux. La zone tuméfiée à l'exploration a un rebord supérieur saillant; sur tout le reste on n'a pas de sensation nette à la cause de défense de la paroi. En bas elle s'arrête à l'arcade crurale, en arrière elle s'étend jusqu'à l'espace costo-iliaque droit. Percussion : sonorité sur toute la zone surélevée sauf au niveau du bord droit où il existe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure une bande de matité. La fosse iliaque est douloureuse, même spontanément. Etat général : pas mauvais. Pouls faible, mais régulier. Pas de température.

Diagnostic : appendicite ou néoplasme révélant sa présence par une poussée d'obstruction intestinale aiguë ou une occlusion sous la dépendance d'une péritonite. Quelqu'un émet l'hypothèse d'une tuberculose iléo-cæcale.

Opération par M. le Docteur Mouchet, Incision De Roux. Les muscles sont épaissis, un peu pâles; fascia transversalis épaissi, lardacé. Péritoine épaissi, cæcum dilaté et adhérent. On n'aperçoit pas l'appendice. On ouvre une cavité où on voit saillir une masse rouge charnue. On croit ainsi que le Professeur Le Dentu avait ouvert le cæcum et le bourgeon en question est un bourgeon d'épithélioma.

Cependant on reconnaît un de ces bourgeons : c'est l'appendice gros comme l'index et friable. Résection au catgut, drainage, bourrage de la plaie par des gazes. Guérison en 21 jours.

Observation 2. — Alexandre C..., âgé de 50 ans, entre le 19 septembre 1906 dans le service de M. de Martel avec tous les signes d'une obstruction intestinale. Facies terreux. Abdomen dur, météorisé. Pouls filant. Température, 36° 5.

Variole, rhumatisme, comme antécédents.

Depuis quelques semaines, troubles digestifs. Le 14 septembre, suppression des selles, anorexie, céphalée, cryesthésie des membres inférieurs. Le 16, le médecin porte le diagnostic d'occlusion. Le lavement ordonné ne fait rien, le ventre se ballonne, le malade entre à l'hôpital. Le Docteur Martel propose un anus cæcal. A l'opération on voit le péritoine enflammé, les doigts entrent dans une poche de pus. On dégage l'appendice gros et œdématié avec une petite plaque de gangrène à la base. Lavage de la poche. Mickulicz. Le soir, la température monte; le matin le malade rend neuf selles spontanées. Les jours suivants, les selles sont régulières; la température est à 37°,8. Guérison en 15 jours.

De ces observations, il résulte que : l'appendicite des gens âgés peut se confondre avec l'occlusion du gros intestin par péricholécystite.

Les signes suivants font le diagnostic :

1° L'élévation de température (il est vrai qu'on a des formes apyrétiques et hypothermiques), la douleur au point de Mac Burney (pas toujours constant), les signes de psoriasis, le mœlena, cryesthésie, les nævi

cutanés, l'œdème de la paroi. La tumeur à siège variable souvent dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ou rectal décèle la fluctuation. Une bande de sonorité la sépare du foie. Les troubles digestifs antérieurs: anorexie, vomissements, constipation, ballonnements, insomnie, céphalée, sueurs profuses, frissons, sont constants dans la première période. L'empatement grossit nettement et ne suit pas les mouvements respiratoires et plus tard se fluctue.

Diagnostic différentiel avec le cancer de la vésicule.

Ici nous citons une observation.

In Thèse de Cotte, Lyon 1907

Malade présentée par M. Patel à la Société de Chirurgie de Lyon.

Troubles digestifs peu marqués depuis un an. Crise d'occlusion intestinale. Cholécystectomie, cancer de la vésicule biliaire avec adhérence au côlon, survie de deux ans et demi.

Mme B..., âgée de 68 ans, entre le 23 avril 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel. Elle est envoyée pour des symptômes d'occlusion intestinale qui allaient s'accroissant depuis deux jours. Rien dans les antécédents.

Elle se plaint de ne plus aller aussi bien depuis un an; elle souffre dans le ventre, vomit quelquefois. Appétit conservé, un peu de constipation.

Depuis deux jours tous ces symptômes se sont aggravés: douleurs très violentes dans l'abdomen, vomissements fréquents et abondants. Elle est envoyée à l'hôpital dès le matin du troisième jour par son médecin traitant, le Docteur Truffet.

A son arrivée on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, les traits tirés, les yeux un peu excavés, avec un

léger hoquet, avec des envies fréquentes de vomir. Pas de dyspnées, les réponses imprécises.

L'abdomen moyennement météorisé, moins que ne l'avait dit le malade; on voit se dessiner des anses grêles sous la paroi; la respiration facile est franchement abdominale. Il existe une hernie crurale droite qui paraît avoir augmenté de volume depuis deux jours et sur laquelle des compresses d'éther ont été placées. Au moment de l'examen, la hernie est facilement réductible, non douloureuse, elle ne saurait être mise en cause. La palpation de l'abdomen que l'on peut assez aisément pratiquer indique immédiatement une résistance dans l'hypocondre droit : à ce niveau on arrive à délimiter vaguement une tuméfaction qui semble tenir au foie, dont elle suit tous les mouvements; la malade accuse une certaine douleur; elle n'a jamais prêté grande attention à ce côté de l'abdomen et ne peut renseigner sur le début de cette tumeur. Le reste de l'abdomen est souple. Le pouls est à 80 plein, tendu; pas de température. Comme l'obstruction n'est pas complète et que les signes généraux ne menacent pas, on se contente de placer de la glace sur l'abdomen, de donner des lavements huileux et de faire des injections de sérum artificiel. Le lendemain les vomissements n'ont pas cessé, ils sont nettement bilieux, il y a eu des gaz, mais pas de matières. Le pouls moins fort, pas plus rapide. L'examen permet mieux de se rendre compte du caractère de la tuméfaction. Elle siège au dehors du bord externe du grand droit; à droite, elle se continue avec le foie, elle est mobile avec lui, elle est mate complètement; elle paraît dure, tendue, régulière. L'estomac n'est pas dilaté, le cæcum est volumineux et clapote. On songe à un obstacle placé sur le côlon transverse et dû soit à une tumeur de l'intestin lui-même, soit plutôt à une tumeur du foie; l'intervention est décidée pour le lendemain.

Intervention le 25 août 1905. Laparotomie sur le bord externe du grand droit; après incision du péritoine, on voit apparaître immédiatement un bloc volumineux formé par le bord inférieur du foie et le fond de la vésicule distendue.

Le côlon transverse est repéré facilement, il adhère à la face inférieure de la vésicule et se soude à ce niveau, il est dilaté au delà, rétréci plus bas. Prudemment, deux brides cicatricielles sont sectionnées; le décollement de l'intestin

peut s'effectuer; ainsi libéré, on se rend compte qu'il est souple sans aucun point suspect et que son calibre est normal; il est refoulé dans l'abdomen et recouvert d'une compresse.

Il apparaît avec évidence qu'il faut incriminer la vésicule biliaire; celle-ci a doublé de volume, elle est dure, ses parois sont très épaisses, il n'y a cependant aucun point suspect au voisinage; sur le foie où le péritoine pas d'adhérence ancienne ou récente, pas de taches blanches; on essaie une opération radicale.

Le péritoine est incisé sur le bord inférieur du foie, sur une longueur correspondant au bord de la vésicule, le décollement sous-hépatique peut s'effectuer sans hémorragie jusqu'au cystique. Puis les feuilletts péritoniaux sont incisés de chaque côté des bords de la vésicule. Celle-ci se trouve ainsi pédiculisée; une ligature est placée sur le cystique aussi près que possible du cholédoque. La région opératoire est entièrement vérifiée : pas de points suspects, pas de ganglions perçus au hile du foie. Le cholédoque est entièrement libre. Le pylore est normal, une mèche est placée à la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires : choc profond le jour de l'opération, le lendemain état bien meilleur. A aucun moment menace de péritonite. La mèche est enlevée le deuxième jour, la bile s'écoule abondamment dans le pansement. Trois mois après l'opération, la plaie était entièrement fermée, la fistule était guérie dix jours après sa sortie. La malade avait fait des repas fréquents qui accélérèrent la fermeture de la fistule. Les troubles digestifs avaient complètement disparu. Par contre, les jambes avaient enflé, mais la malade avait repris son travail comme auparavant.

Examen de la pièce : La vésicule enlevée présente les dimensions d'une poire volumineuse, elle est fluctuante.

A l'incision, il s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, mêlé à des particules solides, quatre petits calculs libres dans la vésicule, un autre placé dans le cystique. Le cystique est perméable à la sonde. Les parois sont épaisses d'un centimètre, moins épaisses vers le fond, tapissées à l'intérieur de végétations molles, irrégulières, friables rappelant certains produits rencontrés dans le kyste de l'ovaire.

L'histologie montre l'existence d'un cancer.

Suites opératoires : La malade opérée le 25 août 1905 allait bien jusqu'en mars 1908. A ce moment, signe de récédive locale, ascite. Meurt en avril 1908, soit deux ans et demi après l'opération.

Les phénomènes occlusifs sont les mêmes, la tumeur siège au même endroit. Même après l'opération, pièce en main, il est très difficile de faire un diagnostic clinique entre le néoplasme de la vésicule et la cholécystite. Car dans le cas de néoplasme vésiculaire, il y a toujours des phénomènes inflammatoires coexistants. Ceci d'ailleurs est très important au point de vue du pronostic immédiat et lointain.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le principe du traitement. — Il s'agit avant tout d'une maladie de la vésicule. Les dangers que courent les malades viennent de la vésicule et non de l'intestin. Il est rare que les malades succombent à l'occlusion ou à la perforation intestinale suivie de péritonite. Le but du traitement doit être donc non de rétablir le cours des matières ou de vider le contenu de l'intestin en rétention, mais de faire disparaître les phénomènes infectieux dont la vésicule est la cause, en drainant ou en supprimant la vésicule.

Telles sont les idées générales qui doivent nous guider dans le choix des moyens thérapeutiques.

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres : intervention sur l'intestin, intervention sur les voies biliaires.

A. — Intervention sur l'intestin. — *a)* Anus cæcal : la dérivation par anastomose colocolique (observation de Gayet). En principe, dans les cas qui nous occu-

pent, ces interventions sont mauvaises et uniquement palliatives, ne supprimant pas les causes des accidents, et laissant évoluer la lithiase vésiculaire qui occasionnera certainement aux malades des ennuis ultérieurement. Ces interventions ne peuvent se concevoir que comme interventions de nécessité, par exemple dans les cas où on trouve des lésions profondes de la paroi intestinale (observation de Gayet). Leur emploi ne peut même se légitimer que par l'état général très faible du malade, car dans ces cas la cholécystostomie est aussi rapide et désintoxique autant.

Il y a cependant une indication de l'anus cæcal, c'est lorsqu'on se heurte à un néoplasme de la vésicule avec envahissement et sténose de l'intestin.

B. — Les opérations sur les voies biliaires sont au contraire logiques et il faut choisir entre cholécystostomie et cholécystectomie.

1. — La cholécystostomie simple, rapide, peut se faire sous anesthésie locale avec minimum de choc et évacuation du contenu purulent de la vésicule biliaire. Mais elle est passible de quelques objections. En effet, de nombreuses causes d'infection en places, paroi épaissie infectée ; elle laisse souvent en place les calculs, bien qu'on essaie de les extraire ; on laisse souvent un calcul princeps du bassinet, profondément enclavé, qui échappe à l'exploration (observation de Clavel). Cette opération convient donc une opération d'extrême urgence (Poncet : anus biliaire) et est suivie de fistule muqueuse purulente.

2. — La cholécystectomie, au contraire, donne des garanties de guérison bien supérieures ; elle supprime le foyer infectieux, la paroi infectée et les cailloux. Seulement l'opération est difficile, longue et on risque de blesser l'intestin. Cependant la cholécystectomie sous-séreuse (procédé de Tixier), facile dans ce cas à cause de l'épaisseur des parois vésiculaires, constitue une solution élégante, qui rend l'acte opératoire bien moins grave. Malgré tout c'est une opération qui ne peut pas être indiquée chez les malades très cachectiques ou intoxiqués par une occlusion.

Indications des opérations. — En présence de ces malades, on fait le diagnostic ou on ne le fait pas. Si on a des raisons sérieuses de faire le diagnostic (antécédent net, examen antérieur, surveillance longue pour éliminer le cancer, etc.), le plus simple est de ne pas intervenir immédiatement. Il faut les mettre au repos, à la glace, et au bout de quelques jours les phénomènes s'amendent et les malades font des gaz, se déballonnent et permettent une exploration plus précise qui laissera moins d'arrière-pensée sur le diagnostic (observation de Santy). On choisira alors en toute connaissance de cause entre la cholécystostomie et la cholécystectomie. Quand on n'a pas fait le diagnostic, on intervient le plus souvent pour une occlusion due au cancer du gros intestin. Ce n'est que lorsque l'état général est grave qu'on fait un anus cæcal. Le plus souvent on pourra, par incision exploratrice, constater que la vésicule biliaire est en cause. On procédera alors suivant les conditions anatomi-

ques et suivant l'état général et la résistance des malades à une cholécystostomie et une cholécystectomie. Il ne faut pas se dissimuler que la plupart du temps la situation du malade est précaire, les conditions anatomiques difficiles et le plus sage est de se contenter d'une cholécystostomie, réservant pour plus tard la cholécystectomie qui amènera la guérison définitive.

Conclusion. — 1° Expectative ; 2° Anus cæcal ; 3° Cholécystostomie ; 4° Cholécystectomie primitive ou secondaire.

Résultats dans les différentes observations (13 observations) :

1 cas non opéré, 9 cas opérés :

9 guérisons, un mort par pneumonie, 4 cholécystectomies, 6 cholécystostomies, 1 opération sur l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les causes rares de l'occlusion aiguë ou subaiguë du gros intestin, il faut ranger la lithiase vésiculaire.

Nous ne voulons pas parler ici des phénomènes passagers d'iléus paralytique, observés dans la cholécystite, ni des occlusions intrinsèques par migration des calculs biliaires.

Il s'agit de cas où le tableau est bien celui d'une occlusion avec dilatation du cæcum et ondes péristaltiques.

II. — Les lésions anatomiques paraissent être toujours identiques : énorme vésicule à parois très épaisses, à contenu muco-purulent, avec calcul princeps du bassinet et adhérence périvésiculaire intense.

L'occlusion est due aux brides périvésiculaires causées par le poids de la vésicule et aux spasmes de

l'intestin, plutôt qu'à une altération profonde de la paroi intestinale elle-même.

III. — Le diagnostic le plus souvent posé est celui du cancer du gros intestin (cancer de l'angle droit ou cancer du cæcum avec invagination). Le diagnostic véritable n'est souvent posé qu'au cours de la laparotomie exploratrice.

IV. — L'évolution spontanée de ces occlusions est relativement favorable, elle se fait par crises successives, séparées de périodes d'améliorations. Le pronostic tient davantage à l'état de la vésicule qu'à celui de l'intestin.

V. — Le traitement sera presque toujours chirurgical, immédiat ou retardé ; l'état général des malades et les lésions anatomiques rencontrées imposeront souvent la cholécystostomie, qui sera suivie en général d'une cholécystectomie secondaire. L'intervention sur l'intestin (anus cæcal, anastomose) est d'indication tout à fait exceptionnelle.

Vu :

Le Président de la Thèse :

TIXIER.

Vu :

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Juin 1931

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Au cours de nos recherches, nous n'avons trouvé aucun travail se rapportant exclusivement à la question de notre thèse.

Les observations qui ne nous appartiennent pas portent leur référence.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS ORIGINALES.....	13
OBSERVATIONS PRISES DANS LA LITTÉRATURE.....	18
RAPPEL ANATOMIQUE	28
ETIOLOGIE ET MÉCANISME	38
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	42
ETUDE CLINIQUE	44
DIAGNOSTIC POSITIF.....	49
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :	
avec Iléus biliaire	51
Cancer de l'angle sous-hépatique.....	53
Cancer du cæcum avec invagination.....	55
Cancer iléo-cæcal	56
Occlusion par tuberculose iléo-cæcale	58
Occlusion par appendicite chronique chez les gens âgés	60
Cancer de la vésicule.....	62
TRAITEMENT	66
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE.	73
